# RÉSECTION DU COCCYX

POUR FACILITER LA FORMATION D'UN ANUS PÉRINÉAL

## DANS LES IMPERFORATIONS DU RECTUM

# RÉSECTION DU COCCYX

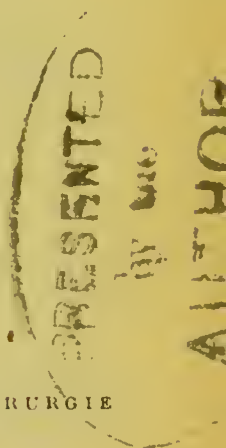
POUR FACILITER LA FORMATION D'UN ANUS PÉRINÉAL

## DANS LES IMPERFORATIONS DU RECTUM




PAR

**M. LE D<sup>R</sup> VERNEUIL**




COMMUNICATION FAITE A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DANS LA SÉANCE DU 28 MAI 1873

PARIS
IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE DE A. POUGIN
13, QUAI VOLTAIRE, 13

1873

# RÉSECTION DU COCCYX

### POUR FACILITER LA FORMATION D'UN ANUS PÉRINÉAL

## DANS LES IMPERFORATIONS DU RECTUM

---

Il y a plus de vingt ans, alors qu'étant prosecteur, j'étudiais sur le cadavre les opérations chirurgicales, je répétai sur des enfants nouveau nés les méthodes applicables à l'établissement d'un anus artificiel en cas de malformation de l'anus et du rectum.

En pratiquant l'entérotomie périnéale par le procédé d'Amussat, je remarquai que le champ opératoire était singulièrement agrandi et la recherche de l'intestin oblitéré considérablement facilitée par l'excision de la pointe du coccyx dans l'étendue de quelques millimètres. On parvient ainsi à une grande hauteur dans l'excavation pelvienne, tout en manœuvrant dans une région où l'on ne rencontre aucun organe important.

Je ne publiai point ces recherches, sachant avec quelle réserve légitime on accueille les procédés d'amphithéâtre ; mais, dès 1852, je constatais déjà la valeur pratique de la remarque.

Un enfant était venu au monde avec un anus normal, mais on trouvait à 2 centimètres de profondeur une cloison complète. On avait ponctionné cette cloison sans trouver l'intestin, aussi s'était-on décidé sur-le-champ à pratiquer l'opération de Littre.

A l'autopsie, on vit que l'intestin se terminait à 1 centimètre seu-

lement au-dessus de la cloison. On aurait donc pu l'atteindre par le procédé d'Amussat, un peu difficilement à la vérité ; mais ayant prolongé en haut l'incision médiane et reséqué quelques millimètres du coccyx, je mis largement à nu la face postérieure de l'ampoule rectale, et j'en conclus que cette addition au procédé aurait donné les meilleurs résultats.

En 1857, j'annonçai publiquement le fait à la Société de chirurgie, dans le cours d'une discussion provoquée par une communication de M. Boinet (1).

Après avoir condamné les ponctions exploratrices dans la région périnéale, avec le trocart ou le bistouri, je recommandais « l'incision médiane prolongée jusqu'au coccyx, *que l'on peut même exciser au besoin*, disais-je, pour arriver sur le rectum, attirer la muqueuse de cet intestin et la réunir à la peau au moyen de la suture. »

Personne ne remarqua l'innovation, sauf Goyrand, qui la mentionna dans une lettre intéressante écrite à la Société sur ce sujet (2).

En 1862, je renouvelle la proposition dans les mêmes termes, peut-être trop concis à la vérité. « Dans les cas, disais-je, où le rectum serait situé trop haut, il serait bon de chercher à l'atteindre en faisant l'excision du coccyx. »

Cette fois, M. Depaul prit garde à la chose, mais pour la blâmer. « M. Verneuil, dit-il, va jusqu'à l'excision du coccyx. Or, je crois cette excision plus grave qu'une ponction avec le trocart » (3).

Mon honorable contradicteur ne remarquait pas la différence des deux manœuvres ; l'une, la ponction, sans parler de ses dangers, ne sert guère qu'à porter le diagnostic ; l'autre favorise au contraire les temps les plus essentiels de l'entérotomie périnéale, c'est-à-dire la découverte du bout intestinal et sa fixation à la plaie du tégument.

Je ne crus pas devoir insister, n'ayant aucun fait concluant à invoquer.

Obs. A. — Quelques mois plus tard, je fis ma première opération d'entérotomie périnéale sur un enfant âgé de quatre jours, en fort mauvais état, comme on peut le croire.

L'anus bien conformé et normalement situé dans un pli interfessier profond, se termine cependant en cul-de-sac à quelques milli-

---

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1re série, t. VII, p. 310, séance du 11 février.

(2) *Bulletin*, même volume, page 419.

(3) *Bull. de la Soc. de chir.*, t. III, 2e série, p. 172.

mètres de son orifice ; le périnée n'étant ni bombé ni fluctuant, rien n'indiquait même approximativement la situation ni l'existence de l'ampoule rectale. Un médecin avait ponctionné le fond du cul-de-sac anal avec un bistouri aigu; il lui semblait avoir ramené au bout de la sonde cannelée un peu de méconium, mais il n'avait pas été plus loin.

Malgré l'état désespéré du petit être, je voulus tenter l'opération d'Amussat. A partir de la pointe du coccyx, j'incisai couche par couche sur la ligne médiane dans l'étendue de 25 millimètres et jusqu'à une profondeur de 15 millimètres. Je perçus alors à la partie supérieure de l'incision, sous la pointe du coccyx, une sorte de rénitence profonde produite par une poche remplie de liquide. Je ponctionnai avec le bistouri : c'était l'ampoule rectale; il s'écoula une grande quantité de méconium. Je pus, sans trop de peine, attirer en bas les bords de l'incision rectale et les fixer à la peau par six points de suture. Je prescrivis des injections internes et l'introduction souvent répétée du petit doigt dans l'orifice nouveau.

Le succès fut inespéré; l'enfant revint comme par enchantement. Au bout d'un mois, les choses étaient en si bon état, que je communiquai le fait comme un succès à la Société de chirurgie (1). La santé générale ne laissait rien à désirer. Les matières étaient bien retenues. L'orifice, confondu avec les vestiges de l'anus normal, était bien constitué et tendait seulement à se rétrécir quelque peu.

Les parents habitaient la campagne, ils emmenèrent l'enfant; j'ignore ce qui se passa, mais j'appris qu'au bout d'une semaine, faute de soins peut-être, la mort était survenue.

Dans ce cas, la position relativement peu profonde de la terminaison du rectum avait rendu l'opération facile. J'avais découvert l'intestin vers la pointe du coccyx, sans avoir besoin d'entamer cet os. En communiquant le fait à mes collègues, je ne parlai point de la résection du coccyx, qui n'avait pas été nécessaire.

Mais tous les cas ne sont pas aussi simples, exemple celui qui fut rapporté quelques mois plus tard par M. Trélat (2).

Il s'agissait encore d'une cloison rectale située à l'extrémité d'un anus régulièrement conformé. M. Trélat incise sur la ligne médiane, à partir de la pointe du coccyx, et pénètre peu à peu jusqu'à une

---

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, t. III, 2e série, p. 324 et 332.
La relation a été condensée par le secrétaire. J'ajoute ici quelques détails d'après mes propres notes.

(2) *Bull. de la Soc. de chir.*, t. III, p. 365.

profondeur de 45 millimètres; alors seulement il reconnaît avec l'extrémité du doigt une surface tendue, quoique molle, qui lui paraît être l'intestin. Il essaye de faire descendre et de détacher cette masse tendue, mais il n'y peut réussir, car si elle était libre en arrière du côté du sacrum, elle était en revanche très-adhérente en avant à la vessie, et l'on ne pouvait au fond d'une plaie obscure et étroite, séparer par la dissection les deux organes. Il fallait cependant terminer cette laborieuse opération. Un trocart, plongé dans la tumeur, ramena une goutte de méconium. L'intestin trouvé fut ouvert avec les ciseaux. Une mèche de charpie de la grosseur du petit doigt fut introduite dans l'intestin, et l'enfant fut remis à sa nourrice. Il succomba huit heures après l'opération, cinquante heures après la naissance.

Ainsi, après beaucoup de difficultés, au prix de délabrements étendus et inévitables, on n'avait fait qu'une opération inutile ou inefficace, qui n'assurait pas la persistance d'une ouverture suffisante. M. Trélat en conclut qu'en présence d'un cas pareil, il n'hésiterait pas à faire immédiatement l'opération de Littre.

Peu disposé à critiquer la conduite d'un collègue éminent, en me rappelant d'ailleurs l'accueil peu favorable fait à la résection du coccyx, je gardai le silence sur le fait de M. Trélat; mais je conservai devers moi la conviction que l'excision susdite aurait donné beaucoup de jour, rendu plus facile la découverte du bout intestinal et permis peut être de le souder à la peau, malgré son adhérence à la vessie. Je me promis donc, le cas échéant, d'utiliser cet expédient.

Depuis cette époque, je n'ai plus parlé en public du procédé en question ; mais en revanche, je l'ai appliqué cinq fois sur le vivant, avec des résultats avantageux au double point de vue des facilités opératoires et de la terminaison finale.

Je vais rapporter ces cinq observations, après quoi je résumerai les propositions qu'on en peut déduire.

Obs. B. — En 1864, je fus appelé par M. le docteur Campardon père, pour opérer un enfant du sexe masculin, né depuis deux jours et atteint d'imperforation du rectum.

L'anus, bien conformé, se terminait en cœcum à une profondeur de 18 millimètres environ. Le fond du cul-de-sac n'était ni fluctuant ni distendu, même pendant les cris.

Je commençai à fendre sur la ligne médiane, en arrière, l'infundibulum anal, pour en examiner le fond avec attention. Je n'y dé-

couvris aucune trace d'ouverture. Je prolongeai donc l'incision médiane en haut et en arrière jusqu'à la pointe du coccyx. Je pénétrai à petits coups, creusant toujours le sillon, jusqu'à une profondeur de 15 millimètres sans rien trouver. Enfin, en explorant l'extrémité de la plaie, je crus sentir, au devant de la pointe du coccyx et plus haut que cette pointe, une saillie rénitente. Je poursuivis la dissection dans ce point, et je finis par apercevoir une saillie brunâtre et arrondie. Les cris de l'enfant la faisaient quelque peu bomber, mais non descendre; il me parut évident qu'il manquait bien 15 millimètres du rectum, et qu'il me serait difficile d'attirer en bas la terminaison de l'intestin. La pointe du coccyx recouvrait cette terminaison. La résection était tout indiquée. Je la fis dans l'étendue de 6 millimètres; presque aussitôt la tumeur brune fut exposée à la vue. Je l'incisai à son extrémité libre. La plaie et le lit d'opération furent inondés de méconium, qui me cacha tout le champ opératoire. J'abstergeai les matières, mais à peine me mettais-je en devoir d'écarter les lèvres de l'incision, que l'enfant criait de nouveau et expulsait un nouveau flot de méconium. Cela se renouvela plusieurs fois et retarda beaucoup la fin de l'opération. Enfin le débordement cessa, mais l'intestin n'étant plus distendu, était remonté, et je ne pouvais plus distinguer ni saisir par conséquent les lèvres de l'incision intestinale. J'étais fort embarrassé pour porter l'œil et les instruments plus haut; je n'hésitai pas à retrancher environ 5 millimètres du coccyx. Après quoi, je promenai sur la plaie un jet d'eau froide, et j'aperçus enfin l'ouverture intestinale. Je la saisis avec précaution et l'abaissai de mon mieux, mais seulement de quelques millimètres. Il aurait fallu, pour obtenir une migration plus étendue, ou faire une dissection dangereuse, ou exercer des tractions qui auraient bien pu déchirer la paroi intestinale, du reste fort mince.

Je me contentai donc, après avoir passé deux fils dans chaque lèvre, de traverser ensuite la peau de dedans en dehors et de serrer ainsi les quatre sutures. Il en résulta que l'embouchure rectale dirigée obliquement en arrière ne se confondait pas avec l'anus situé plus bas et plus en avant, et que les deux orifices étaient en quelque sorte superposés et séparés par un repli falciforme dont le bord libre regardait en arrière. Néanmoins, et c'était la chose importante, la suture était ainsi disposée que toute infiltration du méconium dans le tissu cellulaire pelvien était empêchée.

Les suites furent très simples, et la guérison de la plaie était complète au bout de trois semaines. Il y eut même, en dépit de

l'introduction réitérée du doigt, formation d'un rétrécissement valvulaire à la rencontre de l'infundibulum anal et du bout incisé de l'intestin. C'est pourquoi, deux mois après l'opération, je crus nécessaire de faire sur ce rétrécissement deux débridements perpendiculaires à la valvule et la divisant dans l'étendue de 4 à 5 millimètres. La dilatation digitale fut reprise trois fois par jour avec persévérance, de façon que les dimensions de l'orifice finirent par rester invariables, qu'au bout de quelques mois, la rétraction inodulaire n'était plus à craindre, qu'il n'y avait ni rétention ni incontinence des matières. J'ai revu cet enfant plusieurs fois, il est robuste et bien portant et ne conserve pas la moindre trace matérielle ni fonctionnelle de son vice de conformation. L'anus lui-même a repris sa forme et sa situation à peu près normale. Il est constitué, en effet, dans la majeure partie de sa circonférence par l'anus primitif qui, nous le savons, était bien conformé ; en arrière seulement, il est formé par une cicatrice très-limitée, répondant à l'incision ano-coccygienne. La perte de substance du coccyx ne saurait être reconnue.

Désormais fixé sur l'utilité pratique et sur l'innocuité de la résection du coccyx, je me promis de la mettre en usage toutes les fois qu'elle me faciliterait évidemment la découverte et la fixation de l'intestin à la peau.

Une seconde occasion se présenta en 1866.

Obs. C. — M. le docteur Épron me présenta, à l'hôpital Lariboisière, le 4 août au matin, un enfant du sexe masculin, bien constitué et né à terme dans la nuit du 1er août.

En attendant la nourrice, on s'était borné à donner quelques cuillerées d'eau sucrée. Le 3 août, quelques vomissements et quelques coliques appelèrent l'attention, et l'on reconnut l'imperforation.

Nous constatons l'état suivant : ventre très-ballonné, non douloureux au toucher; les anses intestinales, visibles à travers la paroi, sont animées de mouvements vermiculaires ; la face est pâle, non grippée; la peau n'est point ictérique. L'enfant est extrêmement affaissé, à ce point que, pendant l'opération, il ne poussa pas un cri et ne fit pas un effort.

Le périnée, les organes génitaux externes, l'orifice anal, sont bien conformés, mais une sonde de femme est arrêtée à 12 millimètres. L'extrémité du petit doigt, portée jusqu'au fond du cul-de-sac, ne perçoit aucune rénitence, aucune fluctuation révélant la présence de l'intestin distendu.

Je procède à l'opération. L'enfant est placé sur le bord d'un oreiller, couché sur le ventre, les cuisses fléchies sur le bassin et les jambes fléchies sur les cuisses à angle droit.

Incision partant de la pointe du coccyx, s'étendant jusqu'à l'anus et divisant sur la ligne médiane le cul-de-sac anal. Un cordon fibreux fait suite à ce cul de sac et se prolonge en haut. J'essaye de le suivre, espérant qu'il me conduira jusqu'à l'intestin ; mais c'est en vain, et, à 2 centimètres de profondeur, je n'ai rien trouvé encore. Peut être eussé-je abandonné l'opération, si je n'avais eu un moyen sûr de pénétrer plus loin et sans danger dans la profondeur du bassin.

Faisant écarter avec des crochets les bords de la plaie, je prolongeai en haut l'incision médiane d'un bon centimètre ; je mis ainsi à nu la face postérieure de la pointe du coccyx. Je détachai avec des ciseaux les parties molles s'insérant aux bords latéraux de cette pointe, et enfin je retranchai un centimètre de l'os. Je tombai sur un tissu filamenteux, assez résistant, dont j'excisai une certaine épaisseur sur la ligne médiane. Portant alors au fond de la plaie l'extrémité de l'index, je perçus distinctement une saillie rénitente, que je me mis en devoir de mettre à découvert. Je continuai donc la dissection, en enlevant, avec la pince et les ciseaux, de petits lambeaux de tissu cellulaire et me débarrassai, par un filet d'eau froide, du sang, d'ailleurs peu abondant, qui me masquait l'aspect du fond de la plaie. J'avais toujours grand soin de ne pas perdre la ligne médiane et de placer toujours les crochets de façon à écarter les parties molles bien symétriquement sur les côtés. Après quelques minutes de cette dissection méthodique, je vis enfin une tache livide tout à fait en haut de la brèche profonde que je venais de creuser. L'enfant ne faisait aucun effort et ne poussait aucun cri. Je pressai directement sur l'abdomen pour faire saillir l'ampoule, et j'acquis ainsi la conviction que nous avions bien réellement sous les yeux la terminaison inférieure de l'intestin.

Avec le bout de la sonde cannelée, j'isolai de mon mieux la saillie rectale dans l'étendue d'un centimètre carré.

Pour éviter l'ascension de l'intestin, qui m'avait si fort gêné dans l'opération précédente, je résolus de fixer cette saillie avant de l'ouvrir. Agissant comme dans le procédé d'entérotomie de Nélaton, je passai, à l'aide d'une aiguille courbe, quatre fils, deux de chaque côté, à travers la peau et les parois de l'ampoule, et parvins ainsi à attirer doucement cette dernière jusqu'à une petite distance de la surface ; les anses furent confiées à mes aides, deux par deux,

sans être nouées. J'incisai alors entre les fils de droite et ceux de gauche, dans l'étendue de 7 à 8 millimètres.

Un grand flot de méconium, mêlé de gaz, s'écoula aussitôt. Dès que l'issue en fut complète, ce qui exigea plusieurs minutes, je nettoyai la plaie avec un courant d'eau et me mis en devoir de serrer les sutures. J'en ajoutai même deux nouvelles sur la ligne médiane : l'une, en haut, vers l'extrémité reséquée du coccyx ; l'autre, réunissant la commissure antérieure de l'ouverture intestinale avec le fond du cul-de-sac anal.

Ceci terminé, l'orifice nouveau était bien ouvert et admettait sans peine la dernière phalange du petit doigt. Il n'était guère qu'à 7 à 8 millimètres de la surface de la peau. A la vérité, les sutures tendaient fortement la paroi intestinale et la peau.

L'opération avait duré plus de vingt minutes, mais la perte de sang avait été très-minime, en sorte que l'état de l'enfant n'était pas plus mauvais qu'avant. J'aurais voulu conserver le petit patient sous ma direction pendant les premiers jours au moins ; mais, malgré mon insistance, les parents voulurent l'emporter. Je leur indiquai les précautions à prendre et les soins à donner. M. Épron voulut bien se charger de diriger la cure. Soit que les prescriptions aient été mal suivies, soit plutôt que l'opération ait été trop tardivement faite, toujours est-il que la mort survint quarante-huit heures plus tard. Il y avait eu tout d'abord une amélioration très-marquée, puis l'affaissement et la stupeur s'étaient reproduits, et l'enfant avait succombé lentement, sans apparence de péritonite ni d'autre affection bien caractérisée.

J'ai longuement rapporté dans cette observation tout ce qui a trait au manuel opératoire, parce que c'est d'après ces règles que j'ai opéré dans tous les cas dont la relation va suivre.

Obs. D. — En 1868, on apporta dans une de mes salles, à l'hôpital de Lariboisière, un enfant, né depuis quelques heures seulement, dans le service de mon collègue M. Duplay père. Il était du sexe féminin, venu au moins quinze jours avant terme, et de fort chétive apparence. L'anus manquait entièrement ; le raphé était convexe, en forme de crête saillante, ni fluctuant, ni rénitent. Une sonde, introduite par le vagin, ne fournissait aucun renseignement sur la position du rectum. La constitution fort débile du sujet ne donnait pas grande chance à l'opération ; en revanche, celle-ci allait être pratiquée de très-bonne heure et avant le développement de toute irritation abdominale.

L'opération débuta par une incision allant de la pointe du coccyx au voisinage de la commissure postérieure de la vulve ; la dissection fut ensuite dirigée vers le vagin, dans lequel une sonde en argent avait été laissée pour guide. J'avais espoir de trouver accolé à la paroi postérieure du canal vulvo-vaginal, soit le rectum lui-même, soit un cordon fibreux le représentant. N'ayant rien rencontré là, et craignant d'atteindre en remontant trop haut le cul-de-sac péritonéal, dont la situation précise ne pouvait être connue, je poursuivis la dissection vers la pointe du coccyx. Les petites dimensions transversales du bassin ne me permettant pas d'écarter aisément les bords de la plaie à une certaine profondeur, je me décidai vite, après quelques recherches infructueuses, à découvrir et à reséquer la pointe du coccyx, ce qui me donna sur-le-champ un jour considérable.

Je ne tardai pas à rencontrer la terminaison du rectum, que j'isolai, fixai et ouvris, comme dans l'observation précédente. Six points de suture métallique furent placés.

Le résultat primitif fut excellent ; ce jour même et les jours suivants, l'anus fonctionna à merveille ; les sutures coupèrent les parties étreintes à partir du troisième jour, mais l'intestin avait déjà contracté des adhérences solides sur presque tout le pourtour de la plaie cutanée, et, à la fin de la semaine, la région opérée présentait trois zones concentriques, très-régulières et ainsi disposées : au centre, un anneau muqueux complet ; au milieu, un anneau bourgeonnant de 3 à 4 millimètres de largeur, et enfin, au dehors, la peau sillonnée de distance en distance par le trajet des sutures, mais à peine rouge, l'inflammation traumatique ayant presque tout à fait disparu. Je comptais sur un succès définitif, lorsque l'enfant fut pris soudainement de sclérème et d'une teinte ictérique marquée. Trois jours après il succombait, sans que la disposition favorable de l'anus artificiel se fût démentie.

Obs. E. — Un enfant du sexe masculin naquit à huit mois et huit jours, dans la nuit du 15 au 16 janvier 1872. Il était chétif comme les autres enfants de cette famille et paraissait à peine viable. C'est seulement le 18 au soir qu'on constata le vice de conformation. L'opération fut pratiquée le 19, à huit heures du matin, exactement soixante-dix-huit heures après l'accouchement.

L'état général était assez fâcheux : ventre très ballonné, à parois très-amincies ; cordon ombilical énorme, non encore détaché ; peu

de vomissements, pas de signes évidents de péritonite; cependant, adynamie manifeste. L'urine est bien rendue.

L'anus est régulièrement conformé, mais il se termine en cul-de-sac à une profondeur de 12 millimètres.

J'opère de la manière suivante avec l'aide de MM. Blum et Nepveu : incision depuis la pointe du coccyx, jusques et y compris la paroi postérieure du cul-de-sac anal. Recherches vaines de l'intestin. Bien que la dissection restât exactement sur la ligne médiane et n'ait entamé aucune artériole importante, le sang coulait en assez grande abondance par les capillaires divisés et masquait continuellement le fond de la plaie, ce qui gênait la manœuvre et prolongeait fâcheusement l'opération, c'est pourquoi je me décidai, pour abréger et faciliter la recherche, à denuder et à reséquer le coccyx dans l'étendue de 8 millimètres.

Quelques instants après, j'apercevais, au sommet de l'incision, la tache brune caractéristique. La tumeur stercorale, étant située trop haut pour que je pusse commodément placer les sutures latérales, je me contentai de passer, de chaque côté de la paroi rectale, un fil d'attente me permettant de l'attirer en bas et de la fixer provisoirement. L'ouverture faite et le méconium écoulé, je fis huit points de suture métallique, après quoi le pansement fut fait avec la charpie et des compresses imbibées d'eau fraiche.

L'enfant, rendu à sa nourrice, prit le sein avec avidité. Il était très affaibli par la perte de sang. La face était pâle et le pouls irrégulier. En revanche, le ventre était affaissé et tout à fait indolent. L'état, fort précaire pendant quarante huit heures, s'améliora le troisième jour. La plaie avait bon aspect; les bords en étaient à peine gonflés et exempts d'inflammation. Cependant au pansement du matin, on avait trouvé un petit caillot du volume d'un pois dans l'angle supérieur de la plaie. Le quatrième jour au matin, encore même phénomène. Le sang écoulé représente le volume d'une cerise. Du reste, il s'est arrêté tout seul et ne reparaît pas dans la journée. Le cinquième jour, de quatre à cinq heures du matin, l'hémorrhagie se montre de nouveau et traverse le pansement; on l'arrête par une irrigation d'eau froide sur l'anus et les fesses, mais elle se reproduit deux ou trois fois. J'arrive à six heures, je trouve la plaie remplie de sang coagulé. Le caillot enlevé, je vois sourdre le sang du point déjà signalé. J'y applique une petite boulette de charpie imbibée de perchlorure de fer, que je maintiens pendant quelques minutes et que je laisse en place. Cette fois, l'hémorrhagie s'arrête définiti-

vement. J'évalue à 10 grammes pour le moins la quantité de sang perdu.

Cette fois, je crus bien l'enfant condamné. Il était d'une pâleur circuse et presque en syncope. Ranimé par des frictions excitantes, il se remit à teter et resta tout le jour suspendu au sein de sa nourrice sans crier et sans manifester la moindre souffrance. La boulette de charpie resta en place jusqu'au surlendemain, c'est-à-dire au septième jour. A ce moment, la plaie était fort belle, tout à fait détergée, sauf en un point répondant à la section du coccyx, et où l'on distinguait, à sa couleur blanche, la surface cartilagineuse.

Les sutures commençaient à couper les parties molles, mais elles maintenaient encore le rectum en bonne position. Je les enlevai peu à peu. La dernière resta jusqu'au douzième jour.

Le huitième jour, une nouvelle complication se déclara : une rougeur assez vive se montra au côté droit du scrotum avec gonflement, sensibilité à la pression, adhérence de la peau. Il s'agissait d'une épididymite aiguë. Je prescris des cataplasmes arrosés d'eau blanche, ce qui diminue l'inflammation mais non l'induration.

Le neuvième jour, le cordon ombilical se détache et laisse à sa place une vaste excavation au fond de laquelle on distingue une hernie volumineuse. J'établis avec la charpie et les bandelettes de diachylon une compression méthodique.

En dépit de tout cela, l'état général est bon. L'enfant renaît et prend du poids. Il tete avec avidité, digère bien et rend des matières louables d'un jaune doré.

Au douzième jour, la cicatrisation de l'anus est presque complète, le bourrelet muqueux est bien visible ; la surface cartilagineuse du coccyx est recouverte de bourgeons charnus. Je passe légèrement le crayon de nitrate d'argent sur les rares points qui suppuraient encore. Tout est fini le dix-septième jour, et nous croyons tout danger conjuré.

Le vingt et unième jour, sans cause connue, le scrotum se tuméfie de nouveau, mais cette fois du côté gauche. La peau est luisante, rouge, tendue. On peut croire à un phlegmon. Les résolutifs réussissent encore ; mais l'inflammation superficielle apaisée, nous reconnaissons un hydrocèle volumineux. Je fais appliquer des compresses imbibées d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque à 5 0/0. En trois jours, l'épanchement a disparu ; mais l'épiderme a été soulevé comme par une vésication légère s'étendant au périnée et jusqu'à la cicatrice anale qui s'entr'ouvre en un point limité.

Le vingt-neuvième jour, l'enfant est pris de malaise; il a passé la nuit dans l'agitation; il est fort pâle et les extrémités sont réfroidies. Nous constatons le développement d'un érysipèle qui, parti de l'ulcération scrotale, s'étend à la peau et au pli de l'aine. En même temps surviennent des coliques, du ballonnement du ventre et un ténesme continuel. Les selles sont très-fluides, mêlées de matières coagulées. Dans les efforts incessants de défécation, le rectum fait procidence hors de l'anus et sort parfois de plus d'un centimètre, mais rentre soit de lui-même, soit sous la moindre pression. Je prescris des applications d'eau de sureau, des lavements émollients, une cuillerée de sirop de chicorée. L'érysipèle se dissipe au point de départ, mais il s'étend au fourreau de la verge, aux deux membres inférieurs et au tronc, jusqu'aux omoplates. Cependant l'enfant résiste et continue à prendre le sein. Il vit encore jusqu'au trente-cinquième jour, moment où une péritonite se déclare. La cicatrice de l'anus avait tenu bon jusqu'à la dernière heure.

Obs. F. — Le 20 novembre 1872, je fus appelé par mon excellent ami, le docteur Siredey, auprès d'un enfant du sexe masculin, né depuis cinquante et une heures, et dont le vice de conformation n'avait été reconnu que vers la quarante-huitième heure.

L'enfant, venu à terme, était de volume ordinaire. Le ventre était ballonné et quelques vomissements s'étaient montrés depuis la veille au soir. Cependant, les traits n'étaient pas trop altérés et la péritonite était douteuse. Le périnée est bombé et paraît fluctuant pendant les cris. Point de pli interfessier; couche épaisse de tissu adipeux sous-cutané dans la région sacro-périnéale. L'anus n'est représenté que par un petit tubercule rougeâtre recouvert d'épiderme, mais ne présentant pas trace de cavité. Les organes génitaux externes sont normaux.

La saillie que faisait le périnée, pendant l'effort, faisait espérer qu'une mince cloison obturait seulement l'intestin. Je me contentai donc de faire d'abord, sur la ligne médiane, une incision de 2 centimètres dont l'extrémité antérieure se terminait au tubercule anal. Ne trouvant rien au fond de cette incision, je la prolongeai jusqu'à la pointe du coccyx et poursuivis la recherche sans plus de succès jusqu'à une profondeur de 2 centimètres. J'osais d'autant moins pénétrer du côté de la vessie que la distension facile du périnée annonçait la minceur relative de ce plancher et la proximité probable de la cavité péritonéale. Je me décidai alors à faire la résection du coccyx dans l'étendue de 8 à 9 mil-

limètres. Je déchire le tissu filamenteux qui se trouve en ce point, et j'arrive à une sorte de cordon médian qui paraît se gonfler un peu, mais qui n'offre pas la coloration brunâtre qui révèle ordinairement la terminaison renflée du rectum. Après avoir attiré et dénudé autant que possible ce cordon, je me décide à le ponctionner avec la pointe du bistouri. Quelques bulles de gaz s'échappent. J'introduis dans la petite ouverture une sonde cannelée qui pénètre profondément et ramène un peu de méconium. Rassuré par cette constatation, je cherche à faire descendre le cordon, mais je m'aperçois d'abord qu'il est peu mobile, puis que la ponction ne porte pas sur sa terminaison, mais bien sur sa face postérieure.

En effet, la sonde cannelée, réintroduite de nouveau, mais cette fois d'arrière en avant et de haut en bas, s'enfonce jusqu'à un centimètre de profondeur dans le centre du cordon et dans la direction de la vessie. Il s'agissait donc bien du rectum se prolongeant assez bas dans le périnée, mais réduit à l'état d'un cylindre creux dont les parois étaient presque en contact parfait.

Au lieu donc de chercher le bout de cet intestin, je continuai en bas et en avant l'incision commencée sur la paroi postérieure et fis la suture des bords de cette incision avec les lèvres de la plaie cutanée. La première piqûre d'aiguille provoqua une contraction de l'intestin et l'expulsion d'une grande quantité de gaz et de méconium. Lorsque l'écoulement fut fini, je plaçai de chaque côté trois points de suture superposés de haut en bas en posant les deux inférieurs aussi près que possible du tubercule anal.

Comme le pli interfessier n'existait pas, la peau et l'intestin ouvert se trouvaient à une assez grande distance, aussi fallut-il serrer fortement les fils métalliques pour obtenir un affrontement qui n'était pas absolu. L'anus artificiel avait la forme d'une fente longitudinale étroite, mais assez large toutefois pour permettre aisément l'introduction du petit doigt.

L'écoulement de sang avait été minime et les dégâts exercés par la dissection aussi limités que possible. L'enfant, quelques minutes après, prenait le sein.

Il ne survint aucun accident. Je laissai les sutures métalliques couper les parties étreintes et se détacher presque d'elles-mêmes, ce qui eut lieu au bout de huit jours environ.

A ce moment, l'orifice cutané était à peu près constitué, les deux membranes tégumentaires n'étant séparées que par un anneau bourgeonnant étroit. Au reste, il fonctionnait à merveille, et dès le douzième jour retenait très bien les matières. Le traitement con-

sista en irrigations tièdes très-fréquentes, en interposition de charpie fine entre la partie superficielle des bords de la plaie et dans l'introduction douce du petit doigt répétée quatre fois dans les vingt-quatre heures. Quelques attouchements légers au nitrate d'argent complétèrent la cicatrisation. A la fin du premier mois, une pneumonie intercurrente ne modifia nullement l'état local. A la cinquième semaine, l'anus avait un singulier aspect; de chaque côté, les sutures, en coupant les parties molles, avaient laissé trois sillons profonds, mais la peau avait progressé vers la muqueuse, de sorte qu'on voyait, au fond d'un pli interfessier assez profond, l'orifice d'où semblait partir six saillies rayonnées en forme de côtes de melon. Peu à peu, ces saillies s'effacèrent, et au troisième mois, cet orifice ne différait guère d'un anus normal; on constatait cependant un anneau fibreux, épais de plusieurs millimètres, doublant à l'intérieur l'ourlet formé par la muqueuse et par la peau.

Je recommandai de poursuivre avec persévérance l'introduction réitérée du doigt; petite manœuvre qui arrachait à l'enfant quelques plaintes très-passagères.

Dans les premiers jours de mars, l'enfant quitta Paris dans l'état le plus satisfaisant, sans aucune incontinence, avec un orifice auquel on pouvait donner jusqu'à un centimètre de diamètre, et qui paraissait situé à peu près dans la situation normale.

Quelques jours avant le départ, nous constatâmes un phénomène assez singulier, que la nourrice avait déjà remarqué plusieurs fois sans nous en faire part. Au moment où nous examinions l'anus, l'enfant était en pronation; nous vîmes, sous l'influence d'un effort, sortir de la partie inférieure de l'orifice une bonne cuillerée à bouche d'un liquide un peu jaunâtre, très-transparent et qui ne pouvait être autre chose que de l'urine. D'ordinaire, la miction se faisait naturellement par la verge, mais il paraît que de temps à autre les langes étaient mouillés au niveau du périnée, précisément quand l'enfant urinait par les voies naturelles.

Nous ne recherchâmes pas l'orifice anormal, pour ne pas tourmenter la mère présente à l'examen, mais nous pensons qu'il y a là une fistule uréthro-anale. On sait que dans les cas d'absence de l'anus, le rectum s'abouche parfois dans la région membraneuse, et que la connexion est établie au moins par un cordon plus ou moins dense. Cette disposition existait sans doute sur le sujet en question, et probablement le conduit, d'abord revenu sur lui-même, et ultérieurement redevenu perméable, a livré plus tard passage

à l'urine. Ce qui rend l'hypothèse vraisemblable, c'est que je suis à peu près certain de n'avoir blessé pendant l'opération ni l'urèthre ni la vessie, — qu'une piqûre de l'urèthre dans la région membraneuse se serait cicatrisée avec le reste de la plaie, — et qu'enfin, ayant ouvert l'intestin en arrière au lieu de le détacher à sa terminaison même, j'ai respecté le cordon fibreux allant s'aboucher dans la région membraneuse et conservé son embouchure dans le rectum.

Il est probable que cette fistule restera permanente, et qu'il faudra plus tard l'oblitérer par la cautérisation ou tout autre procédé analogue.

Tels sont les faits que j'ai recueillis dans ma pratique depuis dix ans. Qu'il me soit permis de les résumer au point de vue des résultats cliniques et du manuel opératoire.

J'ai traité six cas d'imperforation ano rectale. Cinq enfants étaient du sexe masculin, un seul du sexe féminin. Quatre étaient nés à terme; des deux autres, l'un avait huit mois et une semaine, l'autre huit mois et demi; ils étaient fort chétifs. Aucun sujet ne présentait d'autre vice de conformation. Quatre fois l'anus était régulièrement configuré, mais se terminait en cul-de-sac à une profondeur moyenne de 12 millimètres. Le pli interfessier était aussi marqué qu'à l'état normal. Dans les deux autres cas, le périnée était saillant, bombé, en forme de carène. Une fois, l'anus était représenté par un tubercule sans cavité.

Je n'ai point rencontré jusqu'à ce jour de ces cas simples, où l'occlusion n'est formée que par une mince cloison membraneuse. Jamais, non plus, rien ne m'a indiqué à l'avance la situation précise et la profondeur exacte de la terminaison rectale. Dans l'observation F, la saillie du périnée dans les cris et les efforts faisait supposer que l'ampoule rectale était très-rapprochée de la surface, et il n'en était rien. Il m'a donc fallu chaque fois aller sans guide à la recherche de l'intestin, en m'aidant seulement des notions anatomiques. J'ai même vainement cherché ce cordon fibreux qui est réputé remplacer la partie close de l'intestin, et qui s'étend de cette partie soit à la vulve, soit à la portion membraneuse de l'urèthre ou à la vessie, soit au cul-de-sac formé par l'anus normal. Ce cordon se trouve quelquefois dans les autopsies, puisqu'il a été indiqué, mais pendant l'opération et dans la plaie sanglante on ne le distingue guère. Une fois, je l'ai cru rencontrer, mais il ne m'a

pas conduit au but. Il existait certainement dans l'observation F, mais je n'ai pas su le constater.

En disant que rien à l'avance ne me révélait la présence de la situation du rectum, j'ajoute que je me suis volontairement privé d'une source de renseignements fournis par la ponction exploratrice préalable, que je proscris d'une manière absolue comme dangereuse et comme n'indiquant rien quand elle est négative.

Bien que privé de tout indice préalable, je suis toujours arrivé non-seulement à découvrir la terminaison de l'intestin, mais encore à la fixer à la peau par la suture, c'est-à-dire à exécuter en entier le procédé d'Amussat. Je n'ai jamais été forcé d'abandonner la voie périnéale pour recourir à l'opération de Littre, et si mes recherches ont été parfois assez longues et assez laborieuses, elles ont toujours réussi, et cela, je l'assure, sans amener de grands dégâts dans la région opérée. Le procédé d'Amussat a cette supériorité incontestable de n'atteindre et de ne léser aucun organe important, lorsqu'on prend bien soin de ne point s'écarter de la ligne médiane et de ne pas pénétrer trop profondément vers la cavité péritonéale.

Je rapporte, sans hésiter, l'honneur de cette série non interrompue de succès opératoires ou de réussites primitives de l'opération, à la modification que j'ai apportée au procédé en question, c'est-à-dire à la résection du coccyx. A la vérité, dans ma première observation, je n'ai pas eu besoin de l'utiliser, parce que la tumeur stercorale se trouvait à moins de 2 centimètres de la peau; mais dans les cinq autres, elle m'a rendu les plus signalés services, et j'affirme que sans elle au moins deux fois, ou j'aurais laissé l'opération inachevée (Obs. C), ou j'aurais ponctionné à l'aventure, ou après avoir trouvé l'intestin, j'aurais été dans l'impossibilité de l'ouvrir convenablement et de le souder à la peau par la suture, but final de l'opération qu'il faut atteindre à tout prix (Obs. B).

Alors même qu'elle ne serait pas absolument indispensable, la résection de la pointe du coccyx facilite et abrége singulièrement l'opération; aussi y ai-je eu recours dans l'observation B, parce que la tumeur stercorale, bien que mise à nu, ne pouvait être attirée assez bas; dans l'observation D, parce que je craignais d'atteindre le cul-de sac péritonéal; dans l'observation E, parce que la recherche se prolongeant et une hémorrhagie en nappe menaçant d'épuiser l'enfant, je voulais hâter la manœuvre. Dans l'observation F, enfin, parce que j'étais allé du côté de la vessie et du péritoine aussi loin que la prudence le permettait.

Dans tous les cas, l'agrandissement du champ opératoire a telle-

ment facilité la manœuvre, qu'il m'a toujours été possible, aussitôt le coccyx excisé, de trouver l'intestin en quelques minutes, alors que je le cherchais auparavant depuis un quart d'heure au moins; laps de temps qui ne paraîtra pas énorme à quiconque s'est trouvé dans la nécessité de faire cette délicate opération.

J'ai dit plus haut, qu'outre la découverte et l'isolement du bout de l'intestin, la résection du coccyx facilite beaucoup la soudure de la paroi rectale à la plaie cutanée; c'est là un point majeur qui mérite de fixer l'attention. En effet, pour assurer l'innocuité de ce résultat final de l'entérotomie périnéale, pour prévenir l'infiltration stercorale, l'inflammation causée par le contact incessant des matières avec la surface de la plaie, et enfin le rétrécissement consécutif si menaçant, il faut créer un orifice naturel muco cutané, qui conduise facilement les fèces jusqu'à l'extérieur, — qui supprime le conduit granuleux, — qui permette l'introduction du doigt et des lavements détersifs, — qui, enfin, ait chance de rester continuellement ouvert.

L'affrontement du rectum et des téguments peut seul réaliser ces exigences. Mais il est souvent rendu difficile, sinon impossible, par la situation élevée du cul-de-sac rectal et par sa fixation solide aux parties voisines. Si l'on s'efforce trop de l'attirer en bas on peut, soit avec les pinces, soit avec les sutures, déchirer la fragile paroi. Par suite d'une tension trop forte, les sutures même bien placées, couperont les parties étreintes, avant la création d'adhérences suffisantes; l'intestin remontera et un large anneau cicatriciel se formera entre la peau et la paroi rectale.

La résection du coccyx remédie à ces inconvénients, et voici comment : elle dispense d'attirer en bas le cul-de-sac rectal, parce qu'elle permet de l'ouvrir en arrière et de l'attacher sans difficulté à la partie supérieure des bords de la plaie cutanée. A la vérité, l'anus artificiel ainsi placé est situé plus haut et plus en arrière que dans l'état normal, mais dans les trois cas où j'ai pu suivre les opérés assez longtemps, je n'ai pas remarqué que cette ectopie légère présentât de notables inconvénients.

J'aborde un autre point, c'est-à-dire les prétendus dangers de cette modification. Il est d'abord bien entendu que la suppression d'un bout du coccyx n'a aucune importance pour l'avenir. Reste à savoir si cette suppression, en tant que manœuvre opératoire, offre un véritable péril. Je m'évertue en vain à le découvrir. D'abord, on n'enlève que la pointe de l'os, c'est-à-dire un prolongement cartilagineux d'un centimètre en moyenne et du volume d'une plume d'oie.

On l'isole en arrière rien qu'en prolongeant l'incision médiane, et sur les côtés, avec deux coups de ciseaux, qui rasent les bords latéraux ; on le sépare en haut du corps de l'os, soit avec la pointe du bistouri, soit avec les ciseaux ; en avant, du côté du bassin, on pénètre dans une région occupée par un tissu cellulo-fibreux facile à déchirer avec un instrument mousse, et qui ne renferme aucun organe important, aucun vaisseau notable. Les dégâts occasionnés par cette excision ne sont rien en regard de ceux qui résultent de recherches aveugles faites dans ce point avec les doigts, les pinces et les instruments mousses. Donc les dangers de l'opération susdite sont tout à fait imaginaires; j'en appelle sur ce point à ceux qui voudront bien la répéter sur le cadavre (1).

Il ne me reste plus qu'à résumer les résultats définitifs que j'ai obtenus; ils me paraissent fort encourageants, bien que j'aie opéré dans des conditions souvent bien défavorables, savoir : deux fois sur des enfants chétifs nés avant terme; deux autres fois presque *in extremis*, l'un des enfants étant né depuis quatre jours, l'autre ne se débattant même pas sous le bistouri.

Je compte cependant une guérison, qui date de neuf ans bientôt. Une autre qui, remontant à quatre mois, peut être regardée comme assurée. Deux succès opératoires confirmés au bout d'un mois, puisque la plaie anale était fermée et l'orifice muco-cutané constitué, quand la mort est survenue vers le trente cinquième jour. Le même résultat local était en train de se réaliser chez l'enfant qui succombait au neuvième jour. Le sujet de l'observation C, qui fut opéré presque mourant, a survécu quarante-huit heures, grâce au rétablissement du cours des matières.

L'opération a toujours été bienfaisante, et je ne puis la rendre responsable d'aucun des quatre revers que j'ai éprouvés. L'enfant de l'observation C s'est éteint sans symptôme déterminé; celui de l'observation D a succombé au sclérème.

Des deux sujets qui sont morts dans le deuxième mois, l'un a péri, j'ignore comment, et l'autre par suite d'un érysipèle ambulant.

Dans les six cas, l'anus artificiel a fonctionné d'une manière

---

(1) J'ai appliqué une fois la résection partielle du coccyx chez l'adulte pour faciliter l'extirpation d'une volumineuse tumeur du rectum. Le malade ayant succombé aux suites de l'opération, je ne puis dire ce qui en serait résulté, je sais seulement que la dissection profonde de la tumeur fut singulièrement aidée par cette opération. (Voir Raymond, *Extirpation des tumeurs*, thèse de Paris, 1870, page 95.)

satisfaisante immédiatement et jusqu'au dernier moment. Une seule fois j'ai observé un rétrécissement consécutif, dont j'ai facilement fait justice par le simple débridement; mais je n'ai jamais constaté ni phlegmon stercoral, ni inflammation locale vive, ni pelvi-péritonite.

Un seul enfant a présenté une série d'accidents locaux ou de voisinage : une hémorrhagie secondaire, une première orchite, puis une seconde avec épanchement dans la tunique vaginale (1); un érysipèle très-étendu, une diarrhée abondante avec prolapsus ; il a cependant lutté cinq semaines contre ces assauts.

On en peut conclure que la résection du coccyx, qui facilite si notablement l'exécution du procédé d'Amussat, ne lui ôte rien de sa valeur en tant qu'opération curative, et qu'on peut donc y recourir sans scrupule dès qu'elle paraît aider l'achèvement de l'entérotomie périnéale.

On pourrait croire que la situation excentrique donnée momentanément à l'anus artificiel nuira plus tard à sa constitution et à ses usages. Or, d'après mon expérience, c'est plutôt le contraire qui a lieu. Une fois, j'ai bien dûment constaté un rétrécissement, qu'il a fallu opérer. Dans les autres cas, non-seulement les matières fécales étaient bien retenues et la défécation était nettement intermittente, mais il y avait tendance fort marquée à la coarctation d'un anneau fibreux embrassant l'ourlet muco-cutané ; tendance qu'on surmonte, du reste, assez aisément par l'introduction du petit doigt répétée trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures et pendant des mois entiers.

Une seule fois, j'ai noté le prolapsus rectal, mais il était survenu tardivement après vingt jours de fonctionnement régulier de l'anus, et reconnaissait pour cause un violent tenesme et une diarrhée intense. Je suis persuadé qu'il ne serait pas devenu permanent.

## CONCLUSIONS

1° L'entérotomie périnéale est la méthode d'élection dans les cas d'imperforation ano-rectale.

2° Elle doit être pratiquée autant que possible par le procédé

---

(1) L'orchite pourrait être attribuée à l'extension de l'inflammation traumatique jusqu'à la prostate, mais elle peut aussi s'être développée spontanément. Deux autres fois déjà, j'ai vu cette affection survenir dans la première semaine de la vie chez des enfants d'ailleurs normalement constitués.

d'Amussat, qui la rend à la fois moins grave dans le présent et plus efficace dans l'avenir.

3° Elle présente des difficultés incontestables relatives à la découverte du bout fermé de l'intestin et à la fixation de ce bout ouvert aux bords de la plaie cutanée.

4° La résection partielle du coccyx dans l'étendue d'un centimètre en moyenne atténue considérablement ces difficultés.

5° Elle permet, sans causer de dégâts notables, d'élargir beaucoup le champ opératoire, d'atteindre le rectum très haut, de le fixer à la peau sans le tirailler, sans l'attirer en bas de vive force, sans le mobiliser par la section périlleuse de ses adhérences antéro-supérieures.

6° Elle dispense des recherches faites à l'aveugle dans la profondeur du bassin et met à l'abri de la blessure involontaire du cul-de-sac péritonéal et des voies urinaires.

7° Elle abrége notablement la durée totale de l'opération.

8° D'une exécution très-facile, elle ne paraît avoir entraîné jusqu'ici aucun danger qui lui soit propre.

9° L'incision du coccyx n'est pas toujours nécessaire; mais si après quelques recherches infructueuses on ne trouve pas l'intestin dans l'incision cutanée, ou si cet intestin trouvé paraît ne pas vouloir descendre facilement, il faut y recourir sans hésiter.

10° Si après la résection susdite, on ne trouve pas *bientôt* le rectum, il faut abandonner la voie périnéale et pratiquer l'entérotomie iliaque ou lombaire.

11° L'entérotomie périnéale, bien que méthodiquement pratiquée et définitivement réussie, peut laisser à sa suite une variété particulière de fistule ano uréthrale due à la persistance d'une disposition embryonnaire.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13. — 5598.